

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 96

DE LA
CHOLÉCYSTOTOMIE
IDÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Henri DRAGON

Né le 3 Février 1885, à Aix-en-Provence.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1910

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 96

DE LA
CHOLÉCYSTOTOMIE
IDÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Henri DRAGON

Né le 3 Février 1885, à Aix-en-Provence.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LEPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLONG
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agrége
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	REGAUD	J. LEPINE	NOGIER
COURMONT (P.)	COMMANDEUR	LESIEUR	LATARGET, ch...
CHATIN	GAYET	Etienne MARTIN	BÉRIEL, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	BRETIN, ch...
TIXIER	PATEL	VORON	THEVENOT, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (Aug.), Président; VALLAS, Assesseur,
MM. VILLARD et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

*Qui fut toujours pleine de bonté pour
moi en même temps qu'un inoublia-
ble exemple de travail, témoignage
d'admiration et de bien sincère
affection.*

A MA MÈRE

*Je n'oublierai jamais sa constante
affection, ni ce qu'elle fit pour moi.
Que ce travail soit pour elle un
témoignage de reconnaissance et de
sincère amour.*

A MON PÈRE

*Je dédie ce travail en remerciement des
sacrifices qu'il a faits pour me per-
mettre de mener à bien les études
que j'ai entreprises. Je n'oublierai
jamais son dévouement inaltérable et
je le prie de croire à ma sincère affec-
tion et à ma reconnaissance éternelle.*

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

Hommage affectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VILLARD

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUG. POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine.

Arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis d'exprimer nos respectueux remerciements à tous nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté dont la science éclairée a guidé notre enseignement pratique et théorique.

M. le professeur agrégé Villard a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse : nous ne saurions trop le remercier de ses conseils qui ont été pour nous d'un précieux concours ; nous le prions d'accepter l'hommage de notre bien sincère reconnaissance.

M. le professeur Aug. Pollosson nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse : qu'il veuille bien accepter nos respectueux remerciements.

M. le D^r Violet, chef de clinique à la Charité, a bien voulu nous donner de précieux conseils : qu'il daigne agréer nos hommages respectueux et nos sincères remerciements.

Grâce à l'obligeance de M. le D^r Jamin, ex-chef de clinique à la Charité, nous avons pu avoir d'utiles renseignements au sujet d'une de nos maladies : nous sommes heureux de lui témoigner, ici, toute notre reconnaissance.

M. le D^r E. Repelin, ex-chef de clinique à la Charité, nous a témoigné, pendant le cours de nos études, une bienveillante sollicitude : qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre vive gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au mois de février de cette année, nous assistions, dans le service de M. le Dr Villard, à une intervention pleine d'intérêt, à cause de sa rareté et de ses résultats opératoires. Notre maître, après avoir extrait chez une malade de quarante-cinq ans cent trente et un calculs de la vésicule biliaire, jugeant les parois de la vésicule suffisamment saines, suturait l'incision vésiculaire et refermait la paroi abdominale sans drainage. Les suites opératoires furent vraiment idéales : il n'y eut pas d'élévation thermique et, vingt jours après, la malade quittait l'hôpital entièrement guérie.

En présence de cette intervention, les partisans de Lawson-Tait auraient crié au danger !

M. Villard, en effet, nous faisait remarquer combien cette intervention, connue sous le nom de *cholécystotomie idéale*, était discréditée et presque complètement abandonnée.

Réunissant trois autres succès personnels, notre maître en déduisait que la cholécystotomie idéale trouve ses indications dans certains cas de lithiase biliaire et que, bien que ces indications fussent rares,

elle méritait une juste place entre la cholécystostomie et la cholécystectomie.

La cholécystotomie idéale ou cholécystendyse est définie dans la plupart des classiques : une opération qui consiste à ouvrir la vésicule biliaire, à en extraire le contenu, puis à la refermer par des sutures, et à suturer la paroi abdominale sans drainage.

Après cette définition, on s'expliquera aisément que la cholécystotomie idéale soit jusqu'à maintenant une opération rare.

Qu'il s'agisse de suturer l'estomac, l'intestin, la vessie, il faut que les parois soient saines et, pour cela, il est un facteur important que l'on cherche toujours à éliminer, c'est l'infection. Il en est de la vésicule comme des autres organes : pour la suturer il faut des parois saines. Or, il est difficile de trouver des parois intactes chez nos malades des services hospitaliers. La plupart arrivent avec des accidents de lithiasé déjà ancienne ; on sait combien la lithiasé favorise l'infection, il n'est donc pas étonnant de trouver chez certains malades des altérations des parois vésiculaires qui rendent souvent la suture dangereuse.

Les indications de la cholécystotomie idéale paraissent donc réduites ; elle n'en est pas moins pour cela une opération très utile et sur laquelle il est permis de fonder plus d'espérances.

Avec notre maître, M. Villard, nous croyons à un avenir meilleur de la cholécystotomie idéale ; puisque la lithiasé favorise l'infection et que l'infection est cause des altérations de la vésicule, nous sommes convaincus que le jour où l'on prendra pour principe

d'opérer les malades au début des accidents lithiasiques, on sera sûr de trouver une vésicule saine, et la cholécystotomie idéale deviendra une opération plus générale. Nous admettrons avec certains auteurs qu'elle est une opération d'exception, mais seulement dans la lithiase biliaire ancienne ; au contraire, nous la considérons, dans la lithiase biliaire au début, comme une opération plus générale appelée dans bien des cas à remplacer la cholécystostomie.

Nous avons entrepris dans ce modeste travail de démontrer l'utilité de la cholécystotomie idéale. Les observations de nos maîtres nous serviront de base ; elles fournissent des résultats qui nous paraissent des plus concluants en faveur de cette intervention. Bien que nous n'ayons pu réunir que huit cas depuis 1902, nous pouvons affirmer l'exactitude des faits : nous n'avons jamais eu à déplorer un décès. En présence de ces résultats au cours de lithiase déjà ancienne chez la plupart des malades, il est permis d'espérer de la cholécystotomie idéale de sérieux avantages jusqu'ici contestés par beaucoup de chirurgiens. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire, ici, ces quelques lignes tirées du *Nouveau traité de Chirurgie*, car elles résument parfaitement nos idées : « La plupart des accidents de la lithiase relèvent de la chirurgie et ce serait faire une œuvre utile que d'en avertir à temps le malade au lieu d'encourager sa patience et de lui faire courir le risque de complications qui nécessitent une intervention dont le pronostic sera d'autant plus grave qu'elle sera plus retardée. »

Nous prions nos maîtres, membres du jury de cette

thèse, de nous accorder toute leur indulgence et de nous excuser de leur présenter un travail aride que notre faible expérience ne nous a pas permis de traiter d'une façon plus précise.

Nous avons divisé notre étude de la façon suivante :

Dans le chapitre premier, nous donnerons quelques notions historiques sur la cholécystotomie idéale.

Dans le chapitre deuxième, nous parlerons des indications de la cholécystotomie idéale.

Dans le chapitre troisième, nous décrirons le procédé opératoire.

Enfin, nous terminerons par des conclusions résumant de façon précise les points principaux de notre étude.

Nous avons réuni à la fin de ce travail dix-huit observations, dont huit sont dues uniquement à l'obligeance de nos maîtres.

DE LA

CHOLÉCYSTOTOMIE IDÉALE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La première cholécystotomie idéale paraît avoir été pratiquée par Meredith en 1883. L'intervention est publiée dans le *British Med. Journal* de 1885, nous la résumerons plus loin. Les suites opératoires furent malheureuses, et la malade succombait au bout de quarante-huit heures.

Dès cette époque Lawson-Tait s'élève violemment contre cette opération; pour lui, suturer la vésicule est un procédé dangereux, et même impossible en raison des faits physiologiques que voici :

« L'évacuation de la bile, dit-il, s'effectue grâce à une contraction musculaire plus énergique peut-être qu'on ne semble le croire. Quand même il n'arrive pas de bile dans la vésicule, les parois de celle-ci secrètent en abondance un mucus spécial qu'elle tend aussi à expulser. Il est peu probable que la vésicule puisse résister à de pareilles tractions. » D'après l'auteur, ces contractions musculaires sont un danger considérable pour les sutures établies sur le réservoir biliaire. Pour

cette raison la cholécystotomie idéale doit être complètement abandonnée.

La taille idéale de la vésicule fut de nouveau pratiquée en 1884 par Mac Gill, et cette fois avec succès. Le *British Med. Journal* de cette époque publie les résultats de l'intervention. L'auteur enleva de la vésicule, chez un malade porteur d'une tumeur biliaire, « plusieurs onces de liquide de sécrétion » et un calcul de la grosseur « d'un œuf de pigeon », fermement inclus dans le canal cystique ». Il pratiqua ensuite la suture de la vésicule, et le malade guérit en vingt jours.

Bernays, en 1885, obtint également un succès. Après avoir retiré, chez une femme de quarante-six ans, plusieurs calculs de la vésicule et du cystique, il sutura l'incision vésiculaire, et la guérison fut rapide.

Lange, la même année, opéra, le 23 juillet, une femme de trente-sept ans, présentant des signes d'obstruction cholédoque. Le calcul fut repoussé dans la vésicule et extrait; la vésicule fut fermée et abandonnée dans l'abdomen; trois jours après la malade succombait nettement de péritonite.

Courvoisier, vers la même époque, pratiqua la cholécystotomie idéale sans succès.

Malgré les succès de Mac Gill et de Bernays, Dénucé en 1886, dans sa thèse d'agrégation, sur les *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*, condamnait la cholécystotomie idéale. Voici les termes propres de l'auteur : « De tous les procédés, le plus dangereux par lui-même est celui que nous avons décrit sous le nom de cholécystotomie à sutures perdues. Quatre observations n'ont donné qu'un succès, celui de Bernays. Chez la

malade de Meredith, il est probable que la bile, à un moment donné, s'est épanchée hors de la vésicule. L'opération de Courvoisier n'a produit aucun résultat et semble même avoir été le point de départ d'accidents d'obstruction cholédoque. L'opéré de Lange a succombé à une péritonite aiguë, et l'auteur reconnaît dans sa communication, que tout autre procédé eût donné un résultat plus satisfaisant. » S'appuyant ensuite sur les arguments d'ordre physiologique donnés par Lawson-Tait, et que nous avons reproduits plus haut, l'auteur conclut : « Nous croyons devoir repousser absolument la cholécystotomie à sutures perdues. »

Quelques années plus tard, notre maître, M. le professeur Rochet s'exprimait ainsi dans la *Province médicale* de 1890 : « La cholécystotomie idéale a l'avantage sur la cholécystotomie simple de ne pas laisser de fistule biliaire à sa suite ; mais elle a aussi le très grand inconvénient d'amener une mort rapide, si les sutures vésiculaires cèdent et que la bile filtre dans la cavité péritonéale. Langenbuch croit cet accident possible alors même que les sutures ont été bien faites. Le canal cholédoque, dit-il, réagit à toute excitation d'une manière très remarquable et se tuméfie très rapidement à la suite de l'opération. La tuméfaction apportant obstacle au libre passage de la bile, celle-ci reflue dans la vésicule qui se remplit et se distend ; finalement les sutures cèdent et la bile se répand dans le péritoine. »

Comme on le voit, jusqu'à cette époque, la cholécystotomie idéale est fortement critiquée.

Le 20 octobre 1890, Roux, de Lausanne, se basant sur deux cas personnels, eut le mérite de préciser les indi-

cations de la cholécystendyse et de donner à l'intervention une importance qui lui était jusque là contestée : « Dans certains cas, dit-il, la cholécystotomie idéale n'est pas si dangereuse qu'on l'a reproché à Bernays et à Kuster, le partisan le plus convaincu de cette opération en opposition à la fistule ordinaire avec fixation des lèvres biliaires à la paroi abdominale.

« Ces cas favorables sont ceux dans lesquels les parois de la vésicule ne sont pas profondément altérées par l'inflammation, c'est-à-dire les cas où l'intervention n'est pas trop tardive. »

Nous publions plus loin les deux observations rapportées par l'auteur dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*, du 20 octobre 1890.

En 1892, Rose se déclare partisan, dans certains cas, de la cholécystotomie idéale. Il cite trois cas personnels. Dans le premier, il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle il enleva de la vésicule soixante-dix-neuf calculs ; il ferma la vésicule et la guérison fut complète au bout de trois semaines. Dans le second cas, il eut à déplorer un décès : les parois de la vésicule étaient très épaissies ; à l'autopsie, il ne trouva pas de liquide dans la cavité abdominale ; les intestins n'étaient ni rouges ni météorisés, le myocarde était en pleine dégénérescence graisseuse. Le troisième cas se termina par la guérison. Dès 1892, Doyen pratiquait la cholécystotomie idéale et décrivait sa technique opératoire dans les *Archives provinciales de Chirurgie* de la même année. Il a appliqué au manuel opératoire de la cholécystendyse sa méthode d'écrasement des tissus à l'aide de sa pince ; il a apporté également une autre

modification consistant à décoller le péritoine de la face inférieure du foie et de la vésicule pour le fixer à la paroi abdominale. La cavité péritonéale est ainsi complètement isolée du foyer opératoire.

La même année, au Congrès français de chirurgie, Leconte étudiant la question du traitement chirurgical de la lithiase biliaire, considère que la cholécystotomie idéale n'est pas à rejeter. Après avoir rapporté une observation que nous publions plus loin, l'auteur ajoute : « La cholécystotomie idéale me paraît surtout indiquée dans les cas d'hydropisie de la vésicule, lorsque celle-ci est facilement accessible, qu'elle n'est pas trop ratatinée, et que ses parois ne sont pas trop altérées par l'inflammation. Dans ces cas, ce qui indique surtout la cholécystotomie idéale, c'est la présence de calculs dans le canal cystique et la vésicule qui peuvent être facilement déplacés, à la condition que le cholédoque soit aussi libre pour assurer l'écoulement de la bile.

« La cholécystotomie idéale, pratiquée dans les circonstances favorables, n'a pas la gravité qu'on lui a reprochée. Elle a le grand avantage de supprimer le dégoût que cause au malade la fistule biliaire cystocutanée, et d'éloigner les conséquences graves que celle-ci peut entraîner, comme par exemple l'acholie. »

En résumé, à cette époque, quelques chirurgiens en fixant nettement les indications de la cholécystendyse, cherchent à en généraliser un peu plus la pratique.

D'autres, pour parer aux dangers qui ont été signalés, proposent des modifications opératoires.

C'est ainsi que Langenbuch, au lieu d'abandonner la

vésicule dans l'abdomen, propose de la fixer dans le fond de la plaie abdominale. De cette façon, si les sutures lâchent pour une raison quelconque, la cavité péritonéale se trouve à l'abri, il se forme un abcès de la paroi ; on en est quitte pour faire sauter les sutures et on revient ainsi à une cholécystostomie.

Senger et Bloch font la cholécystotomie idéale en deux temps. Le procédé consiste, d'abord, à attirer la vésicule en dehors de la plaie abdominale et à la fixer par des sutures à cette plaie. Deux ou trois jours après, on incise la vésicule, on extrait les calculs et on referme l'incision vésiculaire.

En 1894, Kehr considère la cholécystotomie idéale comme une opération téméraire : « Pour moi, dit-il, la méthode idéale n'existe plus. Je ne l'ai pas expérimentée de nouveau dans la lithiase biliaire ; elle ne m'a donné aucun déboire, mais d'autres faits particuliers m'ont appris à mieux connaître ses défauts. » L'auteur raconte que, dans deux cas, il fut fortement tenté de faire la cholécystotomie idéale. Il se félicita ensuite d'être resté fidèle à ses principes, car, bien que les vésicules lui eussent paru saines, « un grand nombre de calculs furent encore évacués au cours du traitement ». Il termine en disant : « Je persiste à penser que, dans beaucoup d'opérations pour lithiase, il est impossible de dire si l'on a ou non enlevé tous les calculs. »

En somme, la cholécystotomie idéale est surtout pratiquée à l'étranger, où elle compte quelques partisans, mais aussi des ennemis.

En France, jusqu'à cette époque, à part Doyen, la cholécystendyse ne trouve pas de partisans.

Tuffier, en 1896, s'exprime ainsi dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine* : « Quant à la cholécystotomie idéale, c'est-à-dire l'incision avec suture immédiate de la vésicule, je la considère comme une opération exclusivement réservée aux cas dans lesquels la vésicule est aseptique et la perméabilité des voies biliaires certaine. Or, la constatation de cette asepsie est bien délicate au cours d'une opération; la perméabilité des voies biliaires est au moins aussi aléatoire et, de plus, cette perméabilité existant au moment de l'opération peut ne plus exister les jours suivants; je crois donc que cette opération idéale a des indications bien limitées en dehors desquelles elle est toujours téméraire. »

Dandolo, en 1898, publie, dans la *Gazz. d. Osp. Milano*, une statistique encourageante : 90 opérations avec 9 morts.

C'est seulement à partir de 1900 que la cholécystotomie idéale commence à compter en France quelques partisans. Schwartz, dans son *Traité de chirurgie du foie*, dit : « Elle ne nous paraît pas mériter les reproches qu'on lui a adressés, lorsqu'elle remplit certaines conditions.....

« Vésicule peu atteinte à parois souples, certitude de la perméabilité du cystique, sans signes d'angiocholite, telles sont les indications de la cholécystotomie idéale, à notre avis; elle doit être absolument rejetée lorsque ces conditions n'existent pas..

« En somme, la cholécystotomie idéale sera, dans les conditions mêmes qui la rendent praticable, une opération d'exception donnant alors des résultats vrai-

ment très bons comme guérison opératoire rapide et comme guérison thérapeutique. »

Les mêmes idées sont longuement développées en 1901, dans la thèse de Jacomet. Les conditions de la cholécystendyse y sont nettement posées. Cinq observations de Schwartz ont servi de base à ce travail intéressant ; nous jugeons utile de les publier à côté des nôtres.

Dans certains cas où le fond de la vésicule est seul altéré, on peut, dit l'auteur, « le réséquer et refermer ensuite la vésicule, combinant ainsi la cholécystotomie idéale avec la cholécystectomie partielle ».

A Lyon, depuis 1902, nous avons réuni huit cas dans lesquels la cholécystendyse fut pratiquée avec succès.

Le 5 avril 1902, notre maître, M. Villard, présentait à la Société des Sciences médicales de Lyon une malade chez laquelle il pratiqua, avec succès, une cholédocotomie suivie de cholécystotomie idéale. Les suites opératoires furent parfaites ; on lira plus loin les détails de cette intéressante observation.

Depuis cette époque, M. Villard a fait encore trois cholécystotomies idéales suivies de succès.

Notre maître regrette que les indications de cette intervention soient rares dans les services hospitaliers : nous en avons donné la raison.

En 1906 et en 1909, M. le professeur Aug. Pollosson a pu pratiquer la cholécystendyse chez deux malades de son service. L'une de ces malades a été présentée, le 5 août 1906, par M. le Dr Violet, à la Société des Sciences médicales de Lyon. Il est aisé de se rendre

compte, par la lecture de l'observation, que les suites opératoires furent idéalement simples; il en fut de même chez la deuxième malade.

Enfin, nous devons également ajouter à ces succès ceux de MM. Tixier et Gayet.

Après ces notions historiques, il paraît évident que la cholécystotomie idéale est une opération rare, mais, en présence des faits, on ne peut cependant pas lui contester des avantages réels.

Tout récemment, MM. Faure et Labey, dans le *Nouveau traité de Chirurgie*, en font une intervention peu appréciable, et considèrent qu'elle doit être abandonnée. Nous ne saurions nous ranger à l'avis de ces auteurs et nous estimons que les critiques adressées à la cholécystotomie idéale sont, pour la plupart, injustifiées.

CHAPITRE II

DISCUSSION DE LA VALEUR DE LA CHOLÉCYSTENDYSE

PREMIÈRE PARTIE

Indications générales et contre-indications.

Jusqu'à maintenant, la cholécystectomie et surtout la cholécystostomie sont les opérations préférées par la majorité des chirurgiens; elles laissent peu de place à la cholécystotomie idéale.

Si les indications de la cholécystendyse sont assez rares, elles ne le sont certainement pas autant qu'on a voulu le dire et, dans bien des cas, on a fixé à la paroi des vésicules que l'on aurait pu refermer sans crainte.

Nous chercherons dans ce chapitre à spécifier les cas où l'on peut pratiquer la cholécystotomie idéale; mais auparavant, nous dirons quelques mots des reproches qui lui ont été adressés.

Nous avons vu, dans l'étude de l'historique, que les critiques étaient nombreuses.

Lawson-Tait fut le premier à lancer l'anathème et beaucoup se sont rangés à son avis.

Pour lui, la contractilité de la vésicule rend la suture

à peu près impossible, et un des reproches faits à la cholécystotomie idéale est de laisser le malade à la merci d'un point de suture.

Il n'est certainement pas impossible que, dans quelques cas, les sutures n'aient pas tenu; la vésicule se contracte, c'est un fait indéniable, mais n'en est-il pas de même de l'estomac, de l'intestin, de la vessie et de l'utérus? Chaque jour, on pratique des sutures sur ces organes et les résultats sont loin d'être défavorables. Il semble donc qu'on ne puisse attribuer à la contraction de la vésicule la cause de la non-étanchéité des sutures.

Si les sutures lâchent, c'est que la cholécystotomie idéale a été pratiquée dans de mauvaises conditions, et c'est la faute de l'opérateur.

Ou bien le chirurgien a mal fait les sutures, ou bien il a suturé une vésicule dont les parois étaient trop altérées et dont les voies d'excrétion n'étaient pas libres.

Roux, de Lausanne, avait déjà répondu à cette objection en 1890. Voici ce qu'il écrivait dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*: « On a reproché à la cholécystotomie idéale de ne pas permettre si bien la réouverture de la vésicule en cas de récurrence calculuse et, surtout, de faire courir au malade le risque de péritonite, par écoulement de bile dans le péritoine.

« Les partisans de la cholécystotomie naturelle prétendent que la pression intravésicale doit suffire pour faire éclater une bonne suture; mais ils disent aussi (Tait), pour expliquer également les cas où cela n'a pas lieu, que l'enflure de la muqueuse du canal cystique

empêche, les premiers jours, l'arrivée de la bile dans la vésicule.

« Au lieu d'admettre ces deux explications contradictoires, il nous semble plus probable que le passage du contenu de la vésicule est rendu possible par l'occlusion forcément incomplète de la suture la mieux faite dans des parois profondément altérées, souvent indurées et friables, d'autres fois ulcérées ou amincies, cédant toujours au point de traction des fils.

« Pour la cholécystotomie idéale, comme pour l'entérorraphie..., l'élément le plus important du succès, c'est une bonne suture dans des parois aussi peu altérées que possible. »

On a encore reproché à la cholécystotomie idéale de favoriser la *récidive*, parce qu'elle laissait la vésicule centre de la formation des calculs.

La vésicule est incontestablement le centre de la formation des calculs, mais elle n'est pas l'unique centre de formation. Les calculs se forment également dans les canaux hépatiques, on peut en rencontrer dans les plus petites ramifications de l'arbre biliaire. Après une intervention quelconque sur les voies biliaires, on ne peut pas considérer le malade comme définitivement guéri ; il faut le considérer comme un récidiviste probable et le traiter en conséquence. Il faudra, par un régime approprié, lutter contre les différentes causes de formation des calculs, faciliter le libre écoulement de la bile, et surtout combattre l'infection.

L'antisepsie intestinale, la médication alcaline, le régime alimentaire sévère, fourniront un précieux concours après l'intervention.

Il a été possible de revoir ou d'avoir des nouvelles des malades opérés par nos maîtres. La récurrence n'a jamais été observée.

D'autres auteurs, avec Tuffier, ont voulu faire de la cholécystendyse une opération trop exclusive, parce que la constatation de l'asepsie de la vésicule et de la perméabilité des voies biliaires est à peu près impossible.

Nous ne décrivons pas ici les différents moyens employés pour constater la perméabilité des voies biliaires; nous le ferons à propos du procédé opératoire.

Nous pouvons déjà dire que la constatation de cette perméabilité est possible grâce aux signes fournis par l'examen clinique du malade, et surtout par l'exploration et le cathétérisme des voies biliaires.

L'absence d'ictère chronique est un signe de probabilité dont on doit tenir compte. L'ictère chronique, en effet, dans les cas de lithiase biliaire, indique généralement l'occlusion du cholédoque ou des canaux hépatiques. Après l'ouverture de l'abdomen, l'exploration de la vésicule et des voies biliaires constitue la méthode la plus sûre pour apprécier la perméabilité du cystique et du cholédoque; il semble bien difficile qu'on ne puisse pas constater par la palpation la présence d'un calcul sur le trajet du cystique et du cholédoque. On ne peut être arrêté que par de nombreuses adhérences; dans ce cas il ne doit pas être question de la cholécystotomie idéale.

Le cathétérisme offre parfois de sérieuses difficultés: les sinuosités des voies biliaires, une coudure sur leur

trajet peuvent le rendre impossible sans que pour cela on puisse conclure à l'imperméabilité.

L'expression de la vésicule avant son ouverture peut également donner une notion intéressante sur la perméabilité des voies biliaires, dans les cas où la vésicule est distendue par le liquide.

Ces divers moyens permettront, soit séparément soit réunis, de constater cette perméabilité, si elle existe.

La constatation de l'asepsie du liquide biliaire, est une chose certainement bien difficile : dans tous les cas où le liquide est louche ou purulent, la cholécystotomie idéale est contre-indiquée.

Nous avons énuméré les principaux reproches faits à la cholécystendyse, étudions maintenant quelles sont ses indications en général.

L'indication principale de la cholécystotomie idéale est la lithiase vésiculaire pure au début, avant l'apparition des symptômes infectieux.

L'infection est la complication la plus importante de la lithiase biliaire et peu de malades y échappent. C'est elle qui cause les altérations de la vésicule et des voies biliaires, altérations qui obligent les chirurgiens à restreindre l'emploi de la cholécystendyse.

Il est aisé de concevoir que tout sujet atteint de lithiase biliaire finira tôt ou tard par s'infecter.

Sous l'influence des calculs, le cours de la bile peut être arrêté ou ralenti. L'arrêt ou même le ralentissement du cours de la bile détermine immédiatement dans tout l'arbre hépatique des conditions favorables à l'infection. Le courant biliaire, si efficace au point

de vue du balayage incessant des canaux vecteurs de la bile, venant à s'arrêter, les voies biliaires se trouvent transformées en un véritable lac où rien ne s'oppose plus à la diffusion des germes pathogènes. La distension des canaux et de la vésicule par la bile produit sur la muqueuse des lésions favorables à la floraison microbienne. Dès lors, la cholécystite est déclarée et la vésicule va subir des modifications importantes.

Roux, de Lausanne, écrivait en 1890 : « La cholécystotomie idéale gagnera du chemin à mesure qu'on s'habituerà opérer de bonne heure les cas que l'incertitude n'obligera plus à laisser mûrir. » Malheureusement ce qui fait de la cholécystendyse une opération rare, c'est que la plupart des malades présentent des signes d'infection. Pour que les sutures tiennent, il faut des parois saines. Or plus le début des accidents est ancien, moins on a de chances de trouver une vésicule non altérée.

En général, la première crise de colique hépatique passée, les malades se soumettent à un traitement médical et ne viennent réclamer une intervention que quelques années après. Entre temps, les douleurs se sont accrues, les crises se sont multipliées, un accès de fièvre plus ou moins léger est venu témoigner de quelque complication infectieuse. Dans ces cas, et ce sont jusqu'à maintenant les plus fréquents, ceux qui sont décrits dans nos observations, on peut rencontrer différents types de vésicule.

Tantôt les parois sont épaissies et ne s'affaissent pas après l'incision : nous en avons un cas très net chez une malade de M. Auguste Pollosson (obs. XVI).

D'autres fois, les parois sont peu épaissies, la vésicule est bourrée de calculs, telle chez la malade de M. Villard (obs. XIV). Enfin, on peut encore trouver, dans des cas de lithiase très ancienne, une vésicule rétractée, sclérosée, réduite au volume d'une noix.

Une autre variété, très fréquente et que nous décrivons plus longuement dans un instant, est constituée par la vésicule hydropique, avec parois plus ou moins épaissies.

Tous ces cas sont justiciables de la cholécystotomie; tout dépend du degré d'altération des parois, de l'absence de pus dans la vésicule, et de la perméabilité des voies biliaires. Plus l'inflammation est ancienne, plus son action retentit sur la vésicule et rend la cholécystendyse impossible. Nous ne saurions donc trop insister sur ce fait que la véritable indication de la cholécystotomie idéale c'est la lithiase vésiculaire au début.

La cholécystotomie idéale trouve encore une indication dans l'*hydropisie intermittente* de la vésicule. Nous n'envisagerons ici que l'hydropisie intermittente d'origine biliaire due soit à un calcul faisant soupape au niveau du col, soit à un spasme du cystique consécutif à la réaction inflammatoire causée par le passage des calculs. Les autres cas d'hydropisie intermittente sont nombreux et sont justiciables d'un traitement différent.

MM. Villard et Cotte ont longuement décrit, dans la *Revue de Chirurgie* de 1906, l'hydropisie intermittente de la vésicule. Voici comment ils s'expriment à propos du traitement de l'hydropisie intermittente d'origine biliaire: « La vésicule se présente au chirurgien qui

opère sous les aspects les plus variés. Dans quelques cas la tumeur même qu'on sentait à la palpation a complètement disparu au moment de l'intervention et on a sous les yeux une vésicule qui non seulement paraît n'avoir aucune altération macroscopique, mais encore qui présente des dimensions normales...

« En général, dans les cas d'hydropisie intermittente de la vésicule, les altérations, s'il en existe, sont peu marquées.

« Dans un grand nombre de cas, la cholécystendyse trouvera dans l'hydropisie intermittente de la vésicule les meilleures conditions de son application. L'étude anatomo-pathologique que nous avons faite nous a révélé en effet, non seulement l'absence presque constante de phénomènes inflammatoires, mais encore l'intégrité presque absolue de ses parois. Si donc la taille idéale de Meredith constitue parfois une méthode dangereuse, ce reproche ne peut certes pas lui être appliqué dans le cas particulier qui nous occupe. »

Les calculs enclavés dans le cystique peuvent, dans certains cas, justifier l'emploi de la cholécystendyse. Lorsqu'ils sont mobiles on peut essayer de les refouler dans la vésicule et on les extrait après la taille de cette dernière. On évite ainsi la cysticotomie, c'est ce qui a été fait chez deux de nos malades (obs. XV et XVII).

Enfin on a encore indiqué la cholécystotomie idéale dans les plaies traumatiques de la vésicule, dans les tumeurs bénignes, dans les kystes hydatiques de cet organe; ce sont là des cas très rares que nous nous contentons de signaler.

Il existe d'autres états de la vésicule calculeuse

qui contre-indiquent absolument la cholécystendyse. Les cas où la suture est possible concernent des vésicules à parois saines n'ayant pas subi de poussées de cholécystite aiguë, ou bien des vésicules à parois peu altérées par suite d'une inflammation lente ou éteinte. Mais il n'en est pas toujours ainsi: la cholécystite peut devenir purulente et se manifester à l'état d'empyème aigu ou chronique. L'empyème peut se développer très rapidement, les parois de la vésicule n'ont pas le temps de contracter des adhérences et si le cystique est obstrué le pus force les parois de la vésicule et s'écoule dans le péritoine. D'autres fois l'empyème évolue plus lentement mais les altérations n'en aboutissent pas moins à la perforation.

Dans ces cas on ne peut pas songer à la cholécystendyse. La cholécystostomie devient l'opération d'urgence qui assure le drainage du foyer septique et met à l'abri d'une complication immédiate.

On peut encore trouver une vésicule à parois épaissies infiltrées de pus, ulcérées; ou bien, dans des cas de lithiase très ancienne, une vésicule rétractée incrustée de concrétions, fortement adhérente aux organes voisins. Il devient alors impossible même d'aboucher la vésicule à la paroi; si le cholédoque est libre, la cholécystectomie paraît être dans ces cas l'intervention de choix.

D'une façon générale, dans la lithiase biliaire, au début, et dans la lithiase ancienne sans symptômes infectieux avec vésicule saine ou peu altérée et perméabilité des voies biliaires, la cholécystendyse doit avoir le pas sur la cholécystostomie et la cholécystectomie.

Toutes les fois que les altérations de la vésicule sont

très marquées, parois infiltrées de pus ou de concrétions, parois sclérosées et rétractées, la cholécystostomie et la cholécystectomie deviennent les interventions de choix.

Nous avons publié une observation de Julliard qui, malgré ses résultats opératoires, doit fournir un exemple de contre-indication absolue à la cholécystendyse. Le malade présentait nettement avant l'intervention des signes de péritonite, qui furent confirmés à l'ouverture de l'abdomen par l'écoulement de liquide trouble hors du péritoine et de la vésicule (voir obs. V).

DEUXIÈME PARTIE

Indications tirées de l'examen clinique du malade et des constatations anatomiques faites au moment de l'intervention.

Il paraît résulter des indications de la cholécystendyse que cette intervention exige des conditions essentielles : *absence d'infection, intégrité de la vésicule, perméabilité des voies biliaires.*

En présence d'un malade atteint de lithias biliaire, peut-on, par le simple examen clinique, avoir la certitude de pouvoir pratiquer la cholécystotomie idéale ? Cela paraît bien difficile, et l'on peut dire que le mode opératoire à adopter dépend essentiellement des lésions reconnues au cours de l'intervention. Il faut néanmoins reconnaître qu'il existe quelques signes de probabilité fournis par l'examen clinique, lesquels méritent d'attirer l'attention. Parmi les différents symptômes de la lithias biliaire, il en est un qui mérite une attention spéciale,

c'est la *fièvre*. L'apparition de la fièvre au cours d'un accès de colique hépatique, est un signe important en faveur de l'infection.

Le symptôme révélateur de la lithiasé est la colique hépatique caractérisée par des douleurs très vives, survenant spontanément sous forme de crises, siégeant au niveau de l'hypocondre droit, s'irradiant parfois vers le creux épigastrique, mais plus souvent vers l'épaule droite. L'accès peut s'accompagner de fièvre légère; dans certains cas, la température peut atteindre 40 degrés, c'est la fièvre satellite des migrations calculeuses de Dieulafoy.

La crise terminée, la température peut redescendre à la normale et le malade reprend assez rapidement les apparences d'une bonne santé. Mais il n'en est pas toujours ainsi, la fièvre peut persister dans les jours qui suivent l'accès. On assiste alors à des poussées de fièvre bilio-septique, qui peut elle-même, par suite du progrès de l'infection, se transformer en fièvre continue. Dès lors, si l'on admet que la fièvre est le signe de la pénétration dans le torrent circulatoire des toxines élaborées au niveau des voies biliaires par les agents septiques, on doit pouvoir conclure à l'infection de ces voies biliaires et à des altérations favorisant la résorption des toxines.

Une fièvre intense et continue, affectant le type vrai de fièvre hépatalgique avec stades de frissons et de chaleur, indique une infection grave; c'est ce qu'on observe dans l'empyème aigu de la vésicule. Dans ce cas, il ne peut être question de la cholécystendyse; de même dans l'empyème chronique avec poussées fébriles continues ou intermittentes.

En général, il ne paraît pas possible de trouver une vésicule saine chez un malade qui, dans l'intervalle des crises, présente des accès de fièvre.

L'ictère, lorsqu'il existe, est également un signe important d'infection ; mais il fait souvent défaut dans la lithiase vésiculaire et du cystique.

Après l'ouverture du péritoine, les signes de l'infection seront confirmés par la palpation et l'exploration des voies biliaires. L'issue d'un liquide louche ou purulent hors de la vésicule, l'infiltration purulente des parois de cet organe, les ulcérations sont l'œuvre de l'infection.

Nous avons parlé des différentes altérations que pouvait présenter la vésicule sous l'influence du processus inflammatoire. Il est bien difficile de préciser tel ou tel état par la simple palpation à travers la paroi abdominale. Dans certains cas, cependant, la palpation peut fournir quelques indications précises à la cholécystotomie idéale : une grosse vésicule distendue fluctuante, mobile, indique, en l'absence de fièvre, une hydropisie intermittente de la vésicule. MM. Villard et Cotte ont trouvé dans ces cas des lésions peu importantes, on peut donc penser à la possibilité de faire la suture.

Dans certains cas, la région vésiculaire peut être le siège d'une sensibilité très exagérée, il suffit d'un contact, d'un frôlement, pour déterminer des douleurs très vives. Cette exagération de la sensibilité persistant dans l'intervalle des accès doit faire songer à une vésicule enflammée.

L'empâtement de la région, la difficulté d'atteindre

la vésicule, plaident en faveur des adhérences et de la rétraction de la vésicule.

Mais ce ne sont là que des signes de probabilité qui seront confirmés par la vue et la palpation de l'organe, après l'ouverture de l'abdomen. C'est seulement par la palpation directe des parois de la vésicule que le chirurgien pourra reconnaître le degré d'altération.

La certitude de la perméabilité du cystique et du cholédoque est la dernière condition à réaliser pour pratiquer la cholécystotomie idéale.

Ici, l'examen clinique donne encore peu de signes. Généralement, l'obstruction du cystique détermine la formation d'une hydropisie de la vésicule, d'une tumeur qui est le plus souvent perceptible à la palpation. L'obstruction du cholédoque est caractérisée par la présence d'un ictère permanent, d'intensité variable suivant le degré d'obstruction. La vésicule est sclérosée, rétractée, et il est impossible de la percevoir à travers la paroi abdominale.

Dans les deux cas, le seul moyen efficace de constater la perméabilité réside dans l'exploration et le cathétérisme, après l'ouverture de la vésicule.

En résumé, en présence d'un malade sans fièvre, sans ictère, à parois abdominale souple, laissant percevoir une vésicule mobile non douloureuse, on est autorisé à considérer la suture de la vésicule comme possible. L'examen de l'organe et la palpation de ses parois après l'ouverture de l'abdomen viendront lever tous les doutes.

L'absence d'infection, l'intégrité et la perméabilité

des voies biliaires étant reconnues, la cholécystotomie idéale peut être pratiquée sans crainte.

Faite dans ces conditions, elle doit fournir de réels avantages.

C'est d'abord une intervention facile, dont les suites sont ordinairement bénignes et courtes : elle supprime la fistule biliaire, qui bien souvent, est interminable et crée de fortes adhérences.

La cholécystostomie doit être réservée aux cas d'urgence, elle est comparable à l'anus artificiel. L'infection, l'obstruction incurable des voies biliaires profondes, la compression des voies biliaires, telles sont les véritables indications de la cholecystostomie. Elle doit perdre en partie la place prépondérante qu'elle occupe dans la chirurgie des voies biliaires. Lorsque les conditions que nous avons énumérées sont réunies, pourquoi ne pas faire bénéficier le malade de la suppression de la fistule biliaire ?

Autant le drainage est indiqué dans les cas de suppuration, autant il paraît constituer un procédé inutile et nous osons même dire dangereux dans les opérations aseptiques.

CHAPITRE III

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Avant d'aborder l'étude des différents temps opératoires, nous dirons un mot de la position à donner à l'opéré.

Il convient de placer son malade dans une position telle qu'une fois le ventre ouvert, on ait facilement sous les yeux tout l'appareil biliaire.

Un grand nombre de chirurgiens placent leur malade en *hyperextension*. Pour cela, on a proposé de glisser sous la région lombaire, soit un coussin de Mayo-Robson, ou mieux un sac de sable ou un support suffisamment rigide et volumineux. On détermine ainsi une lordose très accentuée qui a pour résultat de faire bailler l'espace intermédiaire au foie et au côlon transverse qui « s'ouvre angulairement comme les feuillets d'un livre ».

Cette position, très utile dans les cas où l'on emploie les incisions obliques, n'est d'aucune utilité dans les laparotomies latérales pratiquées couramment par nos maîtres, à Lyon ; dans les incisions verticales, en effet, si l'on opère en lordose, la paroi abdominale tendue au maximum ne permet pas l'écartement des lèvres de la

plaie. Dans ces cas, l'extension est la position de choix.

Il existe différentes variétés d'incisions de la paroi abdominale ; on peut les ramener à deux types principaux : *les incisions obliques et les incisions verticales, latérales ou médianes.*

Le vrai type de *l'incision oblique* est l'incision de Kocher, parallèle au rebord costal.

Les autres incisions, décrites comme variétés d'obliques, ne sont qu'un type mixte d'incisions obliques et verticales.

Nous citerons l'incision de Czerny qui comporte une incision verticale médiane jusqu'au voisinage de l'ombilic et branche sur elle, à son extrémité inférieure, une incision perpendiculaire sectionnant le muscle droit dans toute sa largeur.

L'incision de Mayo-Robson comprend une incision verticale sur le bord externe du droit, se prolongeant obliquement en haut vers l'appendice xyphoïde.

L'incision de Kehr part de l'appendice xyphoïde, descend verticalement le long du bord interne du droit, puis obliquement et verticalement en plein muscle.

L'incision en S allongé de Arthur Dean Beven, de Chicago, consiste dans une incision verticale le long du bord externe du grand droit, avec une incision oblique en haut et en dedans à l'extrémité supérieure, une incision oblique en bas et en dehors à l'extrémité inférieure de la première.

Les incisions obliques rallient beaucoup de partisans, surtout depuis ces dernières années. Combinées à l'hyperextension, on leur attribue un avantage incon-

testable; c'est de donner beaucoup de jour et de permettre une exploration profonde. En revanche, on leur a reproché de favoriser par la section du muscle grand droit l'éventration post-opératoire. Il ne nous appartient pas de juger cette question.

Les incisions verticales se font soit latéralement sur le bord externe du grand droit de l'abdomen, soit en plein muscle, soit sur la ligne médiane sus et sous-ombilicale.

On a reproché à ces incisions de ne pas donner assez de jour et de ne pas permettre une exploration complète des voies biliaires.

M. Villard estime que ce reproche n'est pas justifié dans les quatre interventions qu'il a pratiquées; il a fait trois fois la laparotomie latérale sur le bord externe du droit, et une fois la laparotomie médiane sus-ombilicale. Chaque fois il fut facile d'explorer minutieusement la vésicule et les voies biliaires profondes. M. le professeur A. Pollosson a également fait dans deux interventions la laparotomie latérale sur le bord externe du grand droit et n'éprouva pas de difficulté à explorer les voies biliaires profondes.

Les incisions verticales, et en particulier celles sur le bord externe du droit, paraissent être les incisions de choix. Que l'on fasse la laparotomie latérale ou médiane, si l'on est gêné dans l'exploration au cours de l'intervention, il est toujours facile de s'ouvrir une plus large voie en branchant une incision perpendiculaire sur l'incision médiane ou latérale, de façon à la transformer en T ou en L.

La paroi abdominale étant incisée on *recherche la*

vésicule. En général, elle est distendue dans les cas d'oblitération du cystique et vient faire saillie au niveau de la plaie, tantôt elle est cachée par le foie hypertrophié et il faut recliner en haut le bord inférieur de l'organe pour l'apercevoir ; elle peut être difficilement accessible par suite de nombreuses adhérences. Chez la malade que nous avons vu opérer, la vésicule était de la grosseur d'une mandarine et bourrée de calculs ; il fut nécessaire pour l'atteindre de soulever légèrement le foie.

La vésicule repérée, on passe à l'*exploration*. L'index introduit dans la plaie la pulpe en avant, palpe les parois de la vésicule dans tous les sens, reconnaît les adhérences, la forme de la vésicule, si elle est dure, rênitente, distendue par du liquide, bourrée de calculs, ou bien molle et dépressible. Si les adhérences gênent l'exploration, on les sectionne entre deux pinces.

La palpation de la vésicule étant terminée, on passe à l'exploration des canaux. Nous empruntons la description de cette exploration au *Nouveau traité de Chirurgie* : « L'index suivant la face interne de la vésicule reconnaît son col et, s'enfonçant plus profondément, pénètre dans l'hiatus de Winslow, immédiatement sous la face inférieure du foie et derrière son pédicule. Le canal cystique se trouve un peu en avant et au-dessus de l'hiatus, dont il longe la partie supérieure pour s'engager dans l'épiploon gastro-hépatique, où il va se jeter dans le canal cholédoque. L'index se portant du col de la vésicule vers l'hiatus suit précisément le canal cystique. Lorsque le canal est sain, lorsqu'aucun calcul ne s'est enclavé dans sa

lumière, le doigt ne le sent pas. Si, dans ce trajet, on sent un corps dur plus ou moins arrondi et fixe, il est infiniment probable qu'il s'agit d'un calcul engagé dans le canal cystique. Nous disons infiniment probable, car cela pourrait être un ganglion induré. »

En suivant le cystique on passe, toujours par continuité de contact, au carrefour hépato-cystique. En remontant, le doigt se dirige vers le hile du foie et explore l'hépatique, puis en redescendant on passe au cholédoque.

L'exploration de la portion sus-duodénale du cholédoque se fait de la façon suivante : « L'index gauche étant enfoncé dans l'hiatus de Winslow, la pulpe en avant contre la veine porte, il est facile de saisir entre cet index et le pouce toute l'épaisseur de l'épiploon, tout le pédicule du foie, et en particulier, immédiatement contre le bord libre, le canal cholédoque ; s'il est sain et ne contient aucun calcul, il sera impossible de le reconnaître. Au contraire, la moindre concrétion située dans son intérieur donnera au doigt qui la presse la sensation d'une masse résistante et dure et ne pourra passer inaperçue. »

L'exploration de la portion rétro-duodénale se fait à travers le duodénum. Bien que considéré comme insuffisant par certains auteurs, ce procédé a permis à nos maîtres de s'assurer de l'absence de calculs dans cette portion du conduit. On a préconisé différentes manœuvres pour faciliter cette exploration ; nous renvoyons aux traités de chirurgie où on les trouvera décrites longuement.

En résumé, recherche et exploration de la vésicule,

puis du canal cystique, recherche le l'hiatus de Winslow, exploration du hile du foie et du cholédoque sus-duodénale exploration de la portion rétro-duodénale, tels sont les différents temps de l'exploration des voies biliaires.

Cette exploration sera complétée par le cathétérisme que nous décrirons plus loin.

L'exploration terminée, s'il existe des adhérences de la vésicule, on les sectionne entre deux pinces, on entoure ensuite la vésicule de compresses de gaze afin de protéger le péritoine contre l'écoulement de la bile.

Cette précaution étant prise, on attire la vésicule hors de la plaie avec une pince à griffes. Avant de pratiquer l'incision, lorsque la vésicule contient beaucoup de liquide, on peut essayer la manœuvre préconisée par Roux, de Lausanne, qui consiste à exprimer la vésicule ; si le liquide reflue dans les voies biliaires, c'est un signe en faveur de la perméabilité des conduits.

M. Villard fait précéder l'incision de la vésicule d'une ponction : on évite ainsi, au moment de l'incision, l'écoulement du liquide hors de la plaie vésiculaire. L'ouverture de la vésicule se fait ensuite au niveau du fond. Un aide maintient le fond de la vésicule hors de la plaie abdominale et on l'incise au bistouri.

Avant d'extraire les calculs, on aspire le liquide qui reste dans la vésicule.

Les lèvres de la plaie étant maintenues écartées, on pratique l'extraction des calculs. Lorsqu'ils sont peu nombreux et assez gros, il est facile de les extraire avec le doigt ou à la pince.

Lorsque la vésicule est bourrée de calculs, l'emploi d'une curette facilite et abrège l'extraction. Chez la malade que nous avons vu opérer, M. Villard a enlevé par ce moyen 131 calculs variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette.

L'extraction terminée, on palpe la vésicule, on explore tous ses replis avec un stylet métallique, afin d'avoir la certitude qu'elle ne contient plus de calculs.

Si l'exploration du cystique a été positive, on cherche à chasser les calculs dans la vésicule par du massage rétrograde pratiqué avec douceur. Cette manœuvre a permis, dans un cas, à M. Aug. Pollosson d'extraire deux calculs engagés dans le cystique ; lorsqu'elle ne réussit pas, on a recours à la cysticotomie.

Le cholédoque peut être également obstrué. On a proposé de chasser les calculs vers le duodénum par des pressions appropriées ; la plupart des auteurs considèrent cette manœuvre comme dangereuse, parce qu'on risque d'enclaver les calculs dans l'ampoule de Vater. Le refoulement vers le cystique et la vésicule a été conseillé dans les cas d'obstruction de la portion sus-duodénale, et est considéré comme facile. Lorsque les calculs ne sont pas mobilisables, on emploie la cholédocotomie. M. Villard a extrait par ce moyen deux calculs du cholédoque ; les parois du conduit paraissant saines furent suturées (obs. XI). Nous n'insistons pas ici sur la technique de la cysticotomie et de la cholédocotomie.

Avant de fermer la vésicule, on fait le *cathétérisme des voies biliaires*. On se sert pour cela soit de bougies

fines en gomme, soit d'un Beniqué. En procédant avec douceur on pénètre après quelques tatonnements dans le canal cystique, puis dans le canal cholédoque. Il est incontestable que, dans certains cas, cette manœuvre, théoriquement facile, peut présenter de sérieuses difficultés ; on doit toujours l'essayer. Nous l'avons vu pratiquer deux fois par M. Villard : dans les deux cas le Beniqué fut introduit facilement. Notre maître reconnaît que le cathétérisme est souvent difficile et estime que l'exploration est le meilleur procédé pour percevoir les calculs dans les voies biliaires.

La suture de la vésicule se fait avec de fines aiguilles et au catgut. D'après Schwartz, un premier plan de points est appliqué sur la musculo-muqueuse, un second plan sur la séreuse, recouvert, quand cela est possible, d'un troisième plan à la Lembert. Une fois la vésicule fermée, on l'abandonne dans l'abdomen.

Parkes et Langembuch recommandent la cholécystotomie à sutures intra-pariétales. La vésicule suturée, on la fixe à la face postérieure de la paroi abdominale par une série de points de sutures. Dans ces conditions, si la suture de la vésicule vient à lâcher, l'ouverture se fait dans la paroi hors du péritoine isolé par des adhérences, et il suffit de faire sauter la suture pariétale pour parer aux accidents phlegmoneux qui pourraient se produire.

M. Villard emploie un procédé à peu près analogue à ce dernier. Notre maître fait deux surjets au catgut : un premier surjet prenant en bloc toutes les épaisseurs muqueuse et séreuse, est destiné à fixer la muqueuse

et en faire l'hémostase. La suture est terminée par un deuxième surjet séro-séreux, dont les deux extrémités sont fixées à la face profonde de la paroi abdominale, au niveau du péritoine pariétal.

La suture de la paroi abdominale ne présente rien de bien particulier ; on fait un premier plan péritonéal, un second plan aponévrotique, et un troisième plan cutané.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Cholécystotomie idéale pratiquée par Meredith en 1883 (*British med. Journal*, 1885, I, p. 431).

Il s'agit d'une femme de cinquante-neuf ans qui avait eu, en 1882, une sérieuse crise de coliques hépatiques.

Jamais d'ictère. Examinée au moment de cette crise, on notait une tumeur mobile, allongée et fluctuante au-dessous du foie.

La malade entre à l'hôpital en janvier 1883. A ce moment un nouvel examen permet de constater que la tumeur était considérablement augmentée, résistante à la palpation, extrêmement tendue et adhérente au foie.

Intervention en janvier 1883.

Incision longitudinale le long du bord externe du droit. A l'ouverture de la cavité péritonéale on reconnaît une vésicule saillante, l'exploration révèle de nombreux calculs.

La vésicule est vidée par ponction, puis incisée, et les calculs sont extraits à la pince.

Après l'exploration des voies biliaires, afin d'avoir la certitude qu'il n'existe aucune obstruction, sir Spence-Wells, qui était présent, conseilla de suturer la vésicule, de l'abandonner dans l'abdomen et de refermer sans drainage, afin d'éviter l'inconvénient de la fistule biliaire.

Le lendemain de l'intervention, la malade se plaignait du retour des coliques, et succomba au bout de deux jours.

OBSERVATION II. — (Roux, de Lausanne, *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1890.)

Mme B..., ménagère, cinquante-deux ans. Antécédents de péritonite puerpérale en 1868, ménopause à cinquante ans.

Il y a un an, crise de douleurs péri-ombilicales avec frissons, sueurs froides ; ces crises se répètent tous les huit ou quinze jours, elles commencent deux heures après le repas, sont caractérisées par de violentes douleurs dans tout l'abdomen, elles durent douze heures ; la douleur s'irradie vers le sternum, l'épaule droite ; pas d'ictère ; l'estomac est dilaté avec ptose.

Derrière la moitié du muscle droit, à mi-chemin entre l'ombilic et le bord costal qu'atteint tout juste le foie, on sent une petite tumeur assez profonde, résistante et dont la compression est douloureuse. Cette tumeur est un peu plus grosse qu'une noix, aplatie, allongée transversalement et est indiquée par la malade comme l'origine de tout le mal.

Intervention le 28 janvier 1890.

Incision médiane sus-ombilicale. On trouve l'estomac très dilaté ; le pylore est très épaissi, sans néoformation, mais l'épaississement est dû à un spasme. On dilate le pylore avec les doigts.

La vésicule est augmentée de volume. On l'attire à la paroi. Elle laisse exprimer en partie son contenu liquide. Le cystique paraît donc libre. On garnit soigneusement le champ opératoire, on incise la vésicule sur une longueur de 3 centimètres, et on retire un calcul olivâtre. Il s'écoule de la bile verte. On suture ensuite exactement la muqueuse, puis la séro-musculaire en surjets indépendants. Suture de la paroi. Le 6 février on enlève les sutures. Suites opératoires très simples. Les troubles gastriques seuls persistent.

OBSERVATION III. — (Roux, de Lausanne, *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1890.)

M. B..., brocheuse, quarante-cinq ans, entre le 22 juillet 1890, pour cholécystite calculeuse. Depuis cinq ans, elle a chaque année trois à quatre crises hépatiques durant de deux à trois jours. Les douleurs ont leur maximum pendant vingt-quatre heures, avec irradiations dans tout l'abdomen, le côté droit surtout, l'épaule droite. Chaque crise, accompagnée de frissons répétés, fièvre, vomissements intenses après lesquels la douleur s'apaise, est terminée par un sentiment de ballonnement, de gêne à la ceinture, et de faiblesse extrême.

Jamais d'ictère. On sent sous le foie une tumeur de consistance ferme, à surface irrégulière, bosselée, du volume d'une mandarine.

Intervention le 24 juillet 1890.

Incision latérale sur le bord externe du droit. La vésicule est arrondie; rougeâtre, distendue. On sent des calculs dans son intérieur. On essaye de l'exprimer, ce qui réussit : le canal cystique paraît donc libre.

Les parois de la vésicule sont relativement saines, peu adhérentes. Suture de l'incision biliaire par un surjet au catgut sur la muqueuse; un surjet de soie sur la séro-musculaire.

On ferme l'abdomen après avoir fixé la vésicule à la paroi. Suites simples. Guérison.

OBSERVATION IV. — (Leconte, *Congrès de Chirurgie*, 1892, VI, p. 164).

Femme de vingt-trois ans, souffrant depuis huit ans de crises hépatiques. Douleurs épigastriques et en ceinture pesanteur à l'hypocondre droit. Les crises s'accompagnent de vomissements bilieux.

Le 6 janvier la malade eut une crise très violente.

On sentait dans la région de l'hypocondre droit, au-dessous du foie, une vésicule tuméfiée, grosse comme un citron, mobile et fluctuante.

Intervention le 2 février.

Laparotomie latérale. On trouve une vésicule distendue, sans adhérences. A la palpation on sent un calcul dans la vésicule et un dans le cystique; ce dernier est chassé dans la vésicule par refoulement.

On pratique l'expression de la vésicule, et le liquide reflue dans les voies biliaires.

La vésicule est ensuite ouverte : on extrait les deux calculs, et on suture les lèvres de l'incision.

Fermeture de la paroi abdominale.

Les suites opératoires furent parfaites. La malade partit guérie le 1^{er} mars.

OBSERVATION V. — (Julliard, *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1895, n^o 10).

M... Louis, trente-cinq ans, berger. Pris le 26 avril 1893, vers 10 heures du soir, de violentes douleurs dans l'abdomen.

27 avril. — Pas d'amélioration, constipation absolue, ni matières, ni gaz. Abdomen tendu et douloureux.

On pense à une appendicite, à un étranglement interne. On note une voussure siégeant à droite à la hauteur de l'ombilic. Les limites en sont diffuses. A la vue, cette voussure paraît se continuer dans la fosse iliaque. Sa surface est libre, sans bosselures. La fosse iliaque est sonore; pas d'ictère. Température, 38 degrés.

Intervention le 29 :

Incision verticale à deux travers de doigt de l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ 150 centimètres cubes de liquide jaunâtre trouble. Le péritoine est rouge et hyperhémie. On arrive sur une tumeur rouge et

allongée, qui, au premier abord, fait l'effet d'être le rein. Un examen plus approfondi montre que c'est la vésicule biliaire, énormément distendue, ayant la forme et la couleur d'une grosse aubergine. Cette tumeur est bien fluctuante. Il s'écoule peu de liquide à la ponction, mais après l'incision de la vésicule, il s'écoule 150 centimètres cubes de liquide épais, jaune clair, puis sanguinolent. En même temps, il s'échappe une dizaine de calculs.

Avec la curette, on en extrait en tout 18, dont un gros qui oblitère le cystique.

On suture la vésicule avec une double rangée de points de Lembert.

Depuis l'intervention jusqu'au 4 mai, le malade a passé par des alternatives de haut et de bas. Le 4 au matin, l'amélioration a été définitive. Le malade quitte l'hôpital le 10 mai, complètement rétabli.

Revu six mois après en parfait état de santé.

OBSERVATION VI. — (Schwartz, thèse de Jacomet.)

Femme R..., receveuse de chemins de fer, âgée de quarante-cinq ans. Les antécédents héréditaires de la malade sont bons. Ses antécédents personnels également.

Il y a dix-huit ans, elle fut prise pour la première fois, brusquement, d'une crise violente de colique hépatique. Cette crise s'accompagna de fièvre, mais non d'ictère. Depuis cette époque, de nombreuses crises se sont succédées fréquentes, très rapprochées les unes des autres.

Dans l'intervalle des crises, il persistait une sensibilité très notable de la région hépatique, et la malade était sujette à des accès de fièvre.

La crise durait en général douze heures. Elle était marquée au début par une céphalée intense et des vomissements. Les douleurs, très vives, occupaient le flanc droit

avec irradiation vers l'épaule droite. Quelquefois, au moment des crises légères, teinte subictérique.

Le médecin de la malade a perçu la présence d'une tumeur qui est la vésicule calculeuse.

La malade entre à l'hôpital le 5 novembre 1898. La dernière crise date de deux mois. On sent à peine la vésicule biliaire; elle déborde très peu le bord inférieur du foie, lequel déborde lui-même les fausses côtes d'un travers de doigt seulement.

Pas d'ictère. Le 9 novembre, on perçoit très nettement la vésicule dure, probablement bourrée de calculs.

Intervention le 10 novembre. Incision verticale sur le bord externe du grand droit. On arrive sur la vésicule grosse comme une mandarine. Quelques adhérences de son sommet à l'épiploon sont facilement rompues. La palpation ne révèle rien dans le cholédoque, rien dans le cystique, mais dans la vésicule existe un gros calcul. On ponctionne la vésicule.

Incision de la vésicule; il s'en écoule de la bile verte, et on en extrait un gros calcul du volume d'une noix.

On referme la vésicule par deux plans de sutures au catgut et à la soie fine.

Un petit drain est placé sous la vésicule avec deux mèches iodoformées. On referme la paroi.

20 novembre. — La cicatrisation est complète. La malade part le 2 décembre entièrement guérie.

Revue trois mois après, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION VII. — (Schwartz, thèse de Jacomet.) *Cholécystite calculeuse. — Calcul à soupape. — Altérations avancées du fond de la vésicule. — Adhérences à l'épiploon. — Cholécystectomie partielle, puis cystendyse.*

Femme âgée de cinquante-six ans. Il y a vingt-six ans, en 1873, cette malade fut prise d'accès de colique hépa-

tique; elle eut plusieurs accès avec vomissements. Elle resta deux ans à Vichy. Pendant dix ans elle fut tranquille, elle vomissait de temps en temps.

15 janvier 1897. — Elle fut prise de vomissements avec crampes d'estomac sans ictère. Elle présentait un point douloureux à droite au-dessous du foie.

En juin 1898, elle a des crises tous les jours; on est obligé de la piquer à la morphine. Depuis, elle maigrit et perd l'appétit. A l'entrée, on note une légère teinte sub-ictérique; pas de fièvre. On sent très nettement à droite une tuméfaction profonde qui a la forme de la vésicule.

Intervention le 13 mai 1899.

Laparotomie latérale. La vésicule est dilatée, adhérente à l'épiploon au niveau de son fond. On détache les adhérences, on ouvre la vésicule et on extrait un calcul assez gros faisant soupape; la bile paraît normale.

On fait l'excision du fond de la vésicule qui est altéré et on ferme celle-ci par deux plans de sutures. Une mèche entoure le fond de la vésicule et sort par la plaie abdominale.

Fermeture de la paroi. Sutures très simples. La malade se lève au bout de vingt jours. Revue au bout d'un an, elle est en parfaite santé.

OBSERVATION VIII. — (Schwartz, thèse de Jacomet.) —
Tuberculose du rein droit. — Calculs de la vésicule biliaire. — Néphrectomie et cholécystotomie idéale.

Femme de trente-cinq ans. Antécédents tuberculeux.

A eu successivement deux crises de colique hépatique avec vomissements. Tumeur assez volumineuse dans le flanc droit, semblant se continuer avec le foie, mais non avec les organes du petit bassin.

Légère fièvre le soir. On songe soit à une vésicule remplie de calculs, soit à une tumeur du rein.

Intervention le 15 février.

Laparotomie latérale droite. On tombe sur une tumeur volumineuse recouverte par l'épiploon très adhérent.

On détruit prudemment ces adhérences et, après avoir incisé une seconde enveloppe, on met à nu le rein droit.

Néphrectomie.

Avant de refermer l'abdomen, on examine la vésicule biliaire. Celle-ci contient quarante-sept petits calculs. Après ablation de ceux-ci on referme la vésicule dont les parois sont en bon état et dont le contenu ne paraît pas septique.

On draine la loge rénale et on referme l'abdomen. La malade sort guérie le 28 février. Elle a été revue en bonne santé deux ans après.

OBSERVATION IX. — (Schwartz, thèse de Jacomet.) —
*Carcinome du foie avec cholélithiase. — Cholécysto-
tomie idéale.*

Femme L..., entrée à Cochin le 5 février 1897.

Bonne santé habituelle. Elle est malade seulement depuis trois mois. L'affection a débuté par des douleurs dont le maximum occupait la région hépatique et s'irradiait vers le sternum. En même temps que ces douleurs apparaît un ictère. Lassitude et inappétence.

La palpation décèle la présence d'une tumeur située à la partie inférieure du foie, faisant une légère saillie, appréciable même à l'inspection.

A l'intervention, on trouve une vésicule énorme pleine de calculs. Le lobe droit du foie est parsemé de noyaux cancéreux ; dans l'épaisseur de la vésicule même on trouve des noyaux. On incise la vésicule, on extrait les calculs, et on la referme.

La malade sort de l'hôpital le 7 mars, après des suites opératoires très simples.

OBSERVATION X. — (Schwartz, thèse de Jacomet.) —
Cholécystotomie idéale. — Insuccès thérapeutique. —
Guérison opératoire. — Cholécystostomie secondaire.
— Insuccès thérapeutique.

Femme B..., âgée de trente ans, entre à l'hôpital le 24 novembre 1899 pour des crises de colique hépatique datant de un an. Douleurs dans l'hypocondre droit avec vomissements et tendance à la syncope. Légère teinte subictérique ; selles décolorées. Cette première attaque fut suivie d'une accalmie de trois mois, puis survint une crise identique d'une durée de huit jours, avec ictère léger et vomissements.

26 novembre. — On examine la malade, on réveille une douleur excessivement violente au niveau du point vésiculaire. On ne peut sentir la moindre tuméfaction.

Intervention le 30 novembre.

La vésicule paraît petite, ses parois sont saines, elle contient un calcul. Après extraction de ce dernier on suture la vésicule. Les suites opératoires furent normales, mais, quelques jours après l'intervention, la malade eut de nouvelles crises de colique hépatique, se renouvelant tous les jours.

16 décembre. — Deuxième intervention. La vésicule est adhérente, elle ne contient pas de calculs. Il existe une petite poche séro-purulente à la partie inférieure de l'incision.

On fait une cholécystostomie.

27 décembre. — On retire par la fistule un calcul de la grosseur d'un pois. Il ne s'écoule pas de bile.

Le cystique est obstrué par un calcul qu'il n'est pas possible d'extraire.

Les jours suivants, jusqu'au 3 janvier, pas de bile. La malade a des crises tous les jours.

27 janvier. — L'orifice est fermé. La malade sort avec les mêmes symptômes qu'à son entrée.

OBSERVATION XI. — (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.) — *Lithiase de la vésicule et du cholédoque. — Sténose pylorique d'origine biliaire. — Cholécotomie et cholécystotomie idéale. — Guérison.*

Vve B..., cinquante-huit ans. Entre le 27 février 1902 à l'Antiquaille, service de M. le Dr Villard.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle.

Il y a onze ans, coliques hépatiques avec ictère; puis, après une période de calme pendant laquelle la malade peut exercer régulièrement son travail, nouvelle série de crises douloureuses.

En dehors des crises, troubles digestifs caractérisés par de la pesanteur après les repas et par des vomissements inconstants et très irréguliers dans leur apparition.

A l'examen: Signes de sténose pylorique manifestes. Du côté du foie, grosse vésicule très facile à sentir, surtout au moment des paroxysmes douloureux.

Actuellement il n'existe pas d'ictère, pas de vomissements.

Intervention le 5 mars 1902 (M. Villard).

Incision médiane sus et sous-ombilicale; on aperçoit le foie abaissé; la vésicule, adhérente au duodénum, renferme un calcul dans son intérieur; l'estomac est dilaté; nombreuses adhérences au niveau du pylore qui le coude et l'étranglent. Le canal pylorique lui-même ne présente ni épaissement ni induration. Après avoir sectionné ces adhérences entre deux pinces, on explore le cholédoque qui est irrégulier, bosselé et dilaté, et qui renferme deux calculs.

Cholécotomie et extraction des calculs.

L'exploration du cholédoque avec une pince en haut et en bas, révélant l'absence de toute autre concrétion, on fait un double surjet au catgut sur ce canal.

On incise ensuite la vésicule et on retire 20 à 30 centi-

mètres cubes d'une bile peu colorée, très visqueuse; on trouve un seul calcul à l'intérieur de la vésicule.

Les parois de la vésicule paraissant saines, on suture l'incision vésiculaire.

Drainage intra-péritonéal avec une mèche de gaze. Surjet du péritoine et suture de la paroi en trois plans.

A la suite de cette intervention, la malade eut un peu de shock et on lui fit deux injections de sérum.

15 mars. — L'état général est très bon, pas de température. La malade reprend peu à peu l'appétit. On enlève la mèche le cinquième jour, et les fils de la paroi le dixième.

Nous avons eu récemment de ses nouvelles (mai 1908): elle n'a jamais eu de récurrence de coliques ou de calculs; elle est très contente de son opération et ne vomit plus du tout.

OBSERVATION XII. — (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.) — *Fracture de Dupuytren. — Coliques hépatiques. — Cholécyctotomie idéale. — Guérison.*

D. E..., vingt-huit ans, entrée le 30 décembre à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul.

La malade est en traitement pour une fracture de Dupuytren.

Dans la nuit du 18 janvier, elle fut prise brusquement de coliques hépatiques, avec douleurs en ceinture très vives, irradiées vers les lombes et l'épaule droite.

Pas de constipation, pas de décoloration des selles; légère teinte subictérique qui persiste quelques jours.

Interrogée, la malade dit avoir eu il y a six ans une première crise de coliques hépatiques. Depuis, les crises reviennent périodiquement tous les trois ou quatre mois.

La dernière crise remonte à un an, elle avait été très vive et avait nécessité un repos au lit de quinze jours.

Depuis, persistance seulement d'un point douloureux

vésiculaire et épigastrique, avec troubles digestifs, et dégoût très marqué pour les aliments gras.

Intervention, le 2 février 1907 (M. Villard).

Incision verticale sur le bord externe du droit.

On trouve dans la vésicule une trentaine de calculs noirs et bien polis. Ils sont en général petits, de la grosseur maxima d'un pois. La bile est légèrement blanchâtre.

Les parois de la vésicule sont assez souples : on ne trouve pas d'adhérences, l'exploration des voies biliaires est négative. On referme la plaie vésiculaire par deux surjets, un premier englobant muqueuse et séreuse, un deuxième séro-séreux. La vésicule est fixée au péritoine pariétal par les deux extrémités du deuxième surjet.

Les suites opératoires furent normales ; la malade part le 4 février en bon état.

Au mois de septembre de la même année, il s'est formé un abcès de la paroi. La malade a éliminé deux fils, et après quelques jours de traitement à l'hôpital est rentrée chez elle guérie.

Depuis, la malade a donné de ses nouvelles (juillet 1908) : elle n'a plus eu de crises, plus de douleurs et est dans un état de santé satisfaisant.

OBSERVATION XIII. — (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.) — *Lithiase vésiculaire. — Taille idéale. — Guérison.*

B. R..., dix-huit ans, entrée salle Gensoul le 3 février 1909. Cette malade avait fait auparavant un séjour dans le service, en octobre 1908. Elle avait été envoyée du service de M. Mouisset pour des accidents hépatiques. On lui trouva de grosses lésions annexielles et on lui fit une castration totale.

Pendant la convalescence, en novembre, elle présenta des troubles caractérisés par des douleurs très vives siégeant au niveau de la vésicule et survenant pendant les périodes

digestives. Jamais d'ictère. La région vésiculaire était très douloureuse, mais à cause de la défense de la paroi on ne peut sentir la vésicule. La malade est renvoyée quelques temps chez elle.

Elle revient le 3 février, ses crises douloureuses s'étant accentuées. A l'examen on provoque une vive douleur à la pression, au niveau de la région épigastrique et en dehors du muscle droit. Les digestions s'accompagnent des mêmes troubles douloureux.

Intervention le 6 février (M. Villard).

Incision verticale sur le bord externe du droit.

La vésicule est un peu distendue; ses parois sont souples, libres d'adhérences, non épaissies.

L'exploration du cholédoque est négative, on sent un calcul dans la région du col de la vésicule.

La vésicule est attirée au dehors, vidée par aspiration, puis incisée. La bile est normale; on extrait un calcul unique, arrondi, muriforme, du volume d'une noisette, siégeant à l'embouchure du cystique.

En raison de l'apyrexie de la malade et du bon état de la vésicule, on suture cette dernière et on la fixe par deux points au péritoine pariétal.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Les suites ont été normales. Guérison rapide.

La malade, revue cette année (1910), est en parfaite santé.

OBSERVATION XIV. — (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.) — *Lithiase biliaire ancienne.*
— *Grosse vésicule bourrée de calculs.* — *Cholécystotomie idéale.* — *Guérison.*

V. C..., quarante-six ans, entrée le 11 février 1910, dans le service de M. Villard, salle Gensoul.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

La malade souffre depuis longtemps de douleurs assez vagues dans l'abdomen, douleurs survenant à n'importe

quel moment de la journée, sans siège bien fixe, mais revenant à périodes régulières tous les quinze jours et même plus souvent.

En 1904, elle eut une crise très violente avec douleurs presque continues au niveau de la vésicule, douleurs très vives débutant de suite après le repas et se prolongeant environ une heure, accompagnées de céphalée intense et de vomissements. Cette crise dura environ six mois, puis la malade ne ressentit plus rien jusqu'en 1907.

Vers la fin de cette année, les douleurs recommencèrent et depuis n'ont plus cessé. Maximum au point vésiculaire et au creux épigastrique avec irradiation aux espaces intercostaux et vers les épaules, jamais en arrière vers le rachis. La moindre ingestion d'aliments, même le lait, réveillent ces souffrances. Jamais de vomissements spontanés, mais lorsque la malade souffrait trop elle provoquait elle-même le vomissement.

A l'entrée, le 11 février 1910, on ne constate rien de particulier à l'examen ; douleur à la pression au niveau du point vésiculaire mais pas très prononcée, pas de tuméfaction de la région, pas d'ictère. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. L'état général paraît assez bon, pas de température.

Intervention le 22 février (M. Villard).

Incision verticale le long du bord externe du grand droit. En soulevant légèrement le bord inférieur du foie, on aperçoit une vésicule lisse, distendue, non adhérente. La palpation révèle un grand nombre de calculs. On la ponctionne avec un trocart et on extrait au moyen de l'aspirateur environ 50 centimètres cubes de liquide verdâtre assez fluide. Le fond de la vésicule est ensuite attiré hors de la plaie ; on fait une incision de 3 centimètres et, après avoir de nouveau aspiré le liquide qui restait dans l'intérieur, on extrait avec la curette 131 calculs variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette.

On suture l'incision vésiculaire en faisant deux surjets ;

un premier englobant muqueuse et séreuse, un deuxième sero-séreux. Les deux extrémités de ce dernier sont fixées au péritoine pariétal.

Les suites opératoires ont été très satisfaisantes. La guérison a été rapide : le 15 mars la malade quittait l'hôpital. Revue il n'y a pas longtemps, en très bonne santé.

OBSERVATION XV. — (Due à l'obligeance de M. le professeur Aug. Polosson. Malade présentée par M. le Dr Violet, à la Société des Sciences médicales de Lyon, le 23 mai 1906. Observation publiée dans le *Lyon médical* du 5 août 1906.) — *Lithiase vésiculaire. — Calculs engagés profondément dans le cystique. — Cholécytotomie idéale. — Guérison.*

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, mère de quatre enfants, sans antécédents héréditaires ni personnels intéressants. Elle vient à l'hôpital pour des crises douloureuses au niveau de la région supérieure droite de l'abdomen. Ces crises ont débuté en janvier de cette année. Au début, elles venaient une fois par semaine, tous les vendredis ; depuis une quinzaine de jours elles ont augmenté de fréquence et viennent tous les jours.

Ces crises survenaient tous les jours après le repas de midi ; elles se caractérisaient par des douleurs violentes dans le flanc droit, dans le côté droit, dans le dos, entre les deux épaules, obligeant la malade à garder le lit. Ces crises duraient une heure au début, cinq à six heures ces derniers temps. Elles s'accompagnaient quelquefois de vomissements. Ceux-ci étaient alimentaires et bilieux. Jamais de jaunisse, jamais de décoloration des matières.

A l'entrée dans le service, on trouve un foie abaissé et basculé en avant ; une tumeur dure, sensible à la pression, se continuant nettement avec le foie dont elle suit les mouvements et à la percussion de laquelle on ne peut déceler

de séparation entre elle et la matité hépatique. Il s'agissait nettement d'une affection vésiculaire.

Il était toutefois difficile de dire si ce que l'on sentait au-dessous du rebord du foie était constitué par la vésicule ou par des adhérences péritonéales de la cholécystite et de la péricholécystite.

La malade nous disait que, lors des crises douloureuses, il se formait une « boule » que son médecin, M. Perge, avait nettement sentie; on songeait naturellement à une hydropisie intermittente de la vésicule biliaire sur laquelle MM. Villard et Cotte ont récemment attiré l'attention. Il s'agissait en tout cas d'une lithiase vésiculaire pure, probablement d'un calcul en clapet au niveau du cystique.

Trois jours après l'entrée de la malade dans le service, on put observer une crise douloureuse ayant débuté le samedi matin à 1 heure. A 9 heures du matin, l'exploration, pratiquée par plusieurs assistants du service, permettait de sentir très nettement, à travers une paroi abdominale mince, une vésicule dure, tendue, lisse, en forme de battant de cloche, dont on contournait facilement le pôle libre. On prenait tout à fait cette vésicule dans la main et on enregistrait très nettement les contractions. Cette crise douloureuse fut calmée assez vite par une piqûre de morphine pratiquée à 10 heures du matin; les douleurs cessèrent ainsi que l'état nauséux; le samedi soir, toute la journée du dimanche et le lundi matin, jour de l'intervention, alors que toute crise douloureuse avait cessé, l'exploration de la région à travers la paroi abdominale, permettait de sentir la vésicule aussi volumineuse et presque aussi tendue qu'elle l'était lors de la crise douloureuse.

Intervention le 7 mai 1905 (M. le professeur Aug. Pollosson). Laparotomie; sur le bord externe du droit, on trouve une vésicule pleine, distendue, présentant la forme d'une banane, libre de toute adhérence péritonéale. Il n'existait d'adhérence qu'au niveau du col de la vésicule. On pratique une taille vésiculaire. Il s'écoule 50 à

60 grammes de liquide muqueux et bilieux. Le doigt, introduit dans la vésicule, en retire un calcul muriforme du volume d'une noisette. Celui-ci est entièrement libre et n'explique pas la distension vésiculaire. Sur ce, on explore les voies inférieures et, en particulier, le canal cystique, avec un doigt introduit dans l'hiatus de Winslow.

Cette exploration permet de sentir encore deux calculs qu'on ramène avec quelques difficultés par du massage rétrograde dans la vésicule. Ces deux calculs sont chacun du volume du précédent.

L'exploration du reste des voies biliaires n'ayant rien révélé au-dessous, on se décide à refermer la vésicule. Fermeture à deux plans. Réintégration sans aucun drainage. Suites très simples.

OBSERVATION XVI. — (Due à l'obligeance de M. le professeur Aug. Pollosson.) — *Lithiase de la vésicule. — Cholécystotomie idéale. — Guérison.*

Vve R. G..., entre à la Charité dans le service de M. Aug. Pollosson en octobre 1909.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels intéressants. La malade est envoyée par M. le Dr Jamin pour une tumeur de l'hypocondre droit qui s'est développée insidieusement il y a deux ans sans symptômes fonctionnels.

Pas de troubles intestinaux.

A l'examen, on sent nettement dans la région de l'hypocondre droit une tuméfaction du volume d'une orange, dure, mobile avec la respiration, en continuité avec le foie, qui est lui-même hypertrophié.

Intervention le 20 octobre 1909 (M. Aug. Pollosson). Incision sur le bord externe du grand droit. On trouve une vésicule volumineuse, rouge, sans aucune adhérence; on peut l'amener entièrement au dehors. On protège le péritoine avec des compresses; on incise la vésicule; il s'en

écoule peu de liquide et on extrait vingt calculs du volume d'une grosse noisette.

Les parois de la vésicule sont épaisses, ne s'affaissent pas; elles sont congestionnées et vascularisées. On se décide à fermer la vésicule et à la rentrer dans l'abdomen sans drainage. Suture à deux plans au catgut. On fixe la vésicule à la paroi abdominale par deux fils de soie traversant l'aponévrose. Fermeture de l'abdomen.

Les suites opératoires ont été très simples.

M. le Dr Jamin a bien voulu écrire à la malade et sa réponse, datée du 24 juin 1910, est des plus concluantes : pas de douleurs ni coliques, pas d'ictère, selles régulières et normales, bon appétit; en un mot, la malade accuse une excellente santé.

OBSERVATION XVII. — (Malade du service de M. Aug. Pollosson opérée par M. Tixier.) — *Lithiase biliaire.* — *Péricholécystite.* — *Brides intestinales et coudures du côlon.* — *Troubles digestifs.* — *Cholécystotomie idéale.* — *Guérison.*

C. M..., cinquante-quatre ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Mariée à vingt et un ans; sept enfants, tous vivants et bien portants. Accouchements normaux, pas de fausse couche, pas de maladies infectieuses graves.

La malade entre à l'hôpital pour des troubles digestifs. Elle a toujours été très constipée; pas de douleurs hépatiques, pas d'ictère.

Depuis quatre ans, les troubles digestifs ont augmenté à la suite d'écarts de régime. A partir de ce moment, alternatives de diarrhée et de constipation avec selles glaireuses, parfois muco-membraneuses et sanguinolentes, ballonnement du ventre avec sensation de pesanteur; jamais de vomissements.

Actuellement, persistance des alternatives de diarrhée

et de constipation, sans douleurs abdominales; la région du foie n'est pas sensible à la pression; léger empâtement. Ptose hépatique; le bord antérieur du foie est perçu au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Rien à l'estomac. Le cæcum est gros et clapote.

Intervention le 18 mars 1907 (M. Tixier). Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve le cæcum distendu, ainsi que le côlon ascendant. Le côlon transverse présente une forte coudure, si bien qu'il forme un V dont l'angle descend presque jusqu'au pubis. La vésicule est blanchâtre, peu épaissie, mais de son fond partent des adhérences qui descendent comme un voile sur le côlon transverse et descendant, si bien que l'angle droit devient très aigu.

On ouvre la vésicule; on trouve dans le cystique un calcul gros comme une noisette que l'on extrait par refoulement. A noter qu'on sent en dehors un ganglion du hile qui, n'était sa mollesse, pourrait en imposer pour un calcul.

Suture de la vésicule suivant trois plans: un plan muqueux, un plan séreux, un plan d'enfouissement. Fermeture de la paroi abdominale.

Les suites opératoires ont été bonnes.

Le 25, il y eut une légère éventration qui nécessita la suture au fil métallique.

A part cet accident, pas de température; la malade était guérie le 21 avril.

OBSERVATION XVIII. — M. Gayet (thèse de Cotte). — *Cholécystite calculeuse. — Sténose pylorique. — Cholécyctotomie idéale.*

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans qui souffre de l'estomac depuis vingt ans. Depuis trois ans, elle a des signes de dilatation gastrique; pas d'hématémèse ni de mélæna. Amaigrissement assez rapide en quelques mois.

A l'examen, on trouve un estomac dilaté dont la grande courbure descend au-dessous de l'ombilic; clapotage très marqué; la région vésiculaire est tuméfiée.

Intervention le 7 septembre 1906.

Incision médiane sus-ombilicale; le pylore est sténosé; on fait une gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton.

L'incision de la vésicule montre ensuite l'existence, dans son intérieur, de deux calculs du volume d'une noix et la remplissant complètement.

Cholécystotomie idéale.

Fermeture de la paroi abdominale à trois plans sans drainage.

Suites opératoires très simples.

CONCLUSIONS

I. — La cholécystotomie idéale ou cholécystendyse consiste dans la taille de la vésicule, l'évacuation de son contenu, la suture de ses parois et la fermeture de l'abdomen sans drainage.

II. — Cette opération est indiquée dans la lithiase biliaire non encore infectée. Ses indications seront :

a) Les coliques hépatiques à répétition sans accidents fébriles.

b) Les calculs du cystique avec poussées douloureuses.

c) L'hydropisie intermittente de la vésicule par calcul à soupape.

III. — La cholécystotomie idéale exige pour être justifiée :

1° La perméabilité des voies biliaires.

2° L'absence d'altérations inflammatoires des parois de la vésicule.

IV. — Au point de vue opératoire : la vésicule sera abordée par une laparotomie latérale ; les sutures seront

faites à deux plans et une bonne pratique consistera à maintenir la ligne de ces sutures au contact du péritoine pariétal.

V. — La taille idéale de la vésicule est actuellement une opération de faible mortalité (aucun décès dans les interventions pratiquées par nos maîtres), les résultats anciens ne pouvant pas rentrer en ligne de compte.

VI. — Au point de vue de la cure de la lithiase, la récurrence est peut-être possible, nous n'en avons pas observé chez nos malades.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Aug. POLLOSSON

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 juillet 1910.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- COTTE (Gaston), Thèse, Lyon, 1907-1908.
DENUCÉ, Thèse d'agrégation, 1886.
DOYEN (E.), *Archiv. Prov. de Chir.*, 1892, p. 149-78.
DANDOLO, *Gaz. et osp. Milano*, 1898, XIX, p. 124.
FAURE et LABEY, *Nouveau traité de Chir.*, Ballière éditeur, 1910.
JACOMET, Thèse, Paris, 1900-1901.
JULLIARD, *Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, 1895, XV, p. 542.
KEHR, *Deutsche Zeit. Chir.*, 1894, Bd. XXXVIII, p. 321.
LAWSON-TAIT, *Edinburg Méd. Jour.*, oct. et nov. 1889.
LANGENBUCH, *Cong. de Chir. allemande*, avril 1889.
— *Berl. Klin. Woch.*, 19 janvier 1891, v° 3, p. 68.
LANGE, *New-York Med. Jour.*, 1886.
LECONTE, *Congrès Français de Chir.*, 1892, VII, p. 164.
MEREDITH, *British Med. Journ.*, 1885, I, p. 431.
MAC GILL, *British Med. Journ.*, 1884, II, p. 1142.
ROUX, de Lausanne, *Revue Méd. de la Suisse Rom.*, 1890, X,
p. 613-627.
ROCHET, *Prov. Méd.*, 6 déc. 1890, p. 580.
SCHWARTZ, *Chirurgie du foie*, 1900.
VILLARD et COTTE, *Rev. de Chir.*, 10 janv., 10 févr. 1906,
VIOLET, *Lyon Méd.*, 5 août 1906.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	13
CHAPITRE II. — Discussion de la valeur de la cholécysten- dyse	22
<i>Première partie.</i> — Indications générales et contre- indications	22
<i>Deuxième partie.</i> — Indications tirées de l'examen clinique du malade et des constatations anatomi- ques faites au moment de l'intervention	31
CHAPITRE III. — Procédé opératoire	36
OBSERVATIONS.	45
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	67

